

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N^o
526

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques CORBIN

Né à Saint-Maixent, le 10 Mai 1901

(Travail du Service de M. Lereboullet, Hôpital des Enfants Malades)

Contribution à l'Etude
DES
Varices Congénitales
des Membres inférieurs

Président : M. P. NOBÉCOURT, *Professeur*

Imprimerie des Facultés

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince
(PARIS VI^e Arr^t)

1926

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques CORBIN

Né à Saint-Maixent, le 10 Mai 1901

(Travail du Service de M. Lereboullet, Hôpital des Enfants Malades)

Contribution à l'Etude

DES

Varices Congénitales

des Membres inférieurs

Président : M. P. NOBÉCOURT, *Professeur*

Imprimerie des Facultés

OLLIER-HENRY

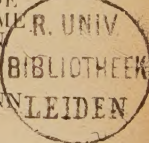
26, Rue Monsieur-le-Prince

(PARIS VI^e Arr^t)

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	STRAUBLH
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BIZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARGEL LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LEGEND
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
	{ ACHARD
	{ VIDAL
	{ MARFAN
Hygiène et clinique de la première enfance	{ NOBECOURT
Clinique des maladies des enfants	{ H. CLAUDE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GUILLAIN
Clinique des maladies du système nerveux	{ TEISSIER
Clinique des maladies infectieuses	{ DELBET
	{ HARTMANN
Clinique chirurgicale	{ LEJARS
	{ GOSSET
Clinique ophtalmologique	{ TERRIEN
Clinique urologique	{ LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
Clinique gynécologique	{ JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	{ OMBEDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ VAQUÉZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ SEBILEAU
Clinique propédeutique	{ DUVAL
	{ SERGENT



Agrévés en exercice

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 AIGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIERE ... Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG ... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER.. Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (H.)..... Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER... Obstétrique.
 LEMAÎTRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE..... Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL... Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathol. chirurgicale.
 MONDOR..... Pathol. chirurgicale.
 MOURE..... Pathol. chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT.... Bactériologie.
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHT Fils... Physiologie.
 ROUVIERE..... Anatomie.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et matière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — Agrévés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GOUGEROT .. Pathologie médicale.
 CAMUS..... Physiologie.

MM.

GUÉNIOT..... Obstétrique.
 RETTERER.... Histologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LOEPER.....	Clinique médicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.....	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBOULET..	Cliniq. méd. infantile.	SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.		

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDoux-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Dont les affectueux conseils tirés de sa grande
expérience furent pour moi le meilleur des
guides au début de mes études médicales.
Sa vie tout entière me trace un magnifique
exemple dont j'ai toujours craint de ne
savoir me rendre assez digne.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur NOBÉCOURT

*Avec l'expression de ma profonde gratitude
pour l'honneur qu'il veut bien me faire en
signant ce modeste travail.*

A MON TRÈS CHER MAÎTRE
Monsieur le Docteur LEREBoullet

*Dont l'accueil très affable et le merveilleux
enseignement resteront pour moi inoublia-
bles, et que je ne saurais assez remercier
d'avoir bien voulu me donner l'idée de ce
travail.*

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A Monsieur le Professeur QUÉNU ;
A Monsieur le Docteur BABONNEIX ;
A Monsieur le Docteur BAUMGARTNER ;
A Monsieur le Docteur CASTAIGNE ;
A Monsieur le Docteur LEGRY ;
A Monsieur le Docteur LÉVY-SOLAL ;
A Monsieur le Docteur ROBINEAU.

A MON MAÎTRE DANS LES ASILES

Monsieur le Docteur SÉRIEUX

INTRODUCTION

Dans ces premières lignes, nous tenons à exprimer notre très grande reconnaissance à notre maître M. Lereboullet, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail et qui, par la suite n'a cessé de s'intéresser aux résultats de nos recherches à ce sujet.

C'est en effet dans son service de l'hôpital des Enfants Malades, que M. Lereboullet a attiré notre attention sur une jeune enfant, atteinte de varices congénitales du membre inférieur droit ; et qu'insistant sur le caractère d'extrême rareté de cette affection, il a bien voulu nous conseiller de consacrer notre thèse à ce sujet, en vérité peu rebattu.

Nos premières recherches dans la littérature médicale furent assez décevantes et ne nous firent connaître que quelques rares travaux concernant les varices congénitales des membres supérieurs jusqu'au moment où nous trouvâmes un travail très complet de Mlle Champendal de Genève consacré aux varices congénitales en 1900. Parmi les observations que nous publions plus

loin, le plus grand nombre de celles qui datent d'avant 1900 sont tirées de la thèse de Mlle Champendal. Cet auteur expose elle même quelles difficultés elle a eues à réunir ces observations et qu'elle a dû rechercher « à côté des cas décrits à cause de leur congénitalité, faciles à retrouver dans les index bibliographiques mais rares, d'autres cas dont la congénitalité est indiquée sans commentaire spécial et qui sont rapportés pour telle ou telle autre particularité (localisation anormale, marche envahissante ».

Depuis 1900 jusqu'à ce jour, nous avons pu relever encore quelques cas de varices congénitales des membres inférieurs, si bien que nous en réunissons dans ce travail quinze observations. Ce chiffre nous porte à penser que les varices congénitales ne sont peut-être pas aussi exceptionnelles qu'on le croit généralement ; et surtout que l'opinion classique, d'après laquelle elles ne se rencontrent guère qu'au membre supérieur, est erronée. En effet le nombre de nos observations n'est pas de beaucoup inférieur à celui des observations publiées de varices congénitales du membre supérieur. Et il est juste de remarquer que les varices du membre supérieur, qui surprennent le médecin par leur localisation, le conduisent tout naturellement à faire à leur sujet une enquête minutieuse au cours de laquelle leur caractère de congénitalité lui est révélé ; tandis qu'au contraire les varices du membre inférieur sont trop communs pour éveiller sa curiosité ; si bien que l'on peut admettre que dans les cas où elles sont congénitales, cette particularité

passe le plus souvent inaperçue à un examen trop rapide.

Nous avons d'ailleurs à joindre à nos observations le témoignage de M. le Professeur Letulle qui, au « Lycée Henri IV a souvent remarqué des varices considérables aux jambes de jeunes garçons, varices qui existaient d'après eux depuis leur première enfance et n'avaient jamais été soignées » et un cas de M. Schwartz qui n'a pas été publié.

Nous posons donc, et nettement que nous considérons les varices congénitales du membre inférieur comme aussi fréquentes que celles du membre supérieur : et cela légitime suffisamment que nous nous proposons ici d'en faire une étude d'ensemble, puisque rien de semblable n'a jamais été fait jusqu'à ce jour.

OBSERVATION PERSONNELLE

recueillie dans le service de M. LEREBoullet.

VARICES CONGÉNITALES DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT (1)

D... Louise, âgée de 7 ans et demi, vient consulter dans le service de M. Lereboullet pour varices du membre inférieur droit. Ces varices datent de la naissance et la mère est très affirmative sur ce point : dès ce moment, elle a remarqué la présence d'un réseau veineux en relief qui couvrait la partie externe de la face dorsale du pied, il y avait aussi deux petites taches viola-

(1) Cette observation a déjà été le sujet d'une communication à la Société de Pédiatrie par M. Lereboullet, St-Girons et Gournay le 18 Mai 1926.

cées à la fesse. Ces varices n'avaient jamais provoqué aucune gêne fonctionnelle, ni aucune douleur : l'enfant a déjà été hospitalisée à l'âge de 4 ans, mais seulement parce que sa mère avait remarqué une certaine augmentation de volume des varices et surtout des deux taches de la fesse. Cependant dans les quelques jours qui ont précédé son admission dans le service, elle souffrit dans le pied droit d'élancements à prédominance nocturne. Elle n'a jamais remarqué que ces douleurs soient plus vives après une longue marche ou une station debout un peu prolongée. Ces phénomènes douloureux semblent d'ailleurs bien légers. Jamais elle n'a eu d'œdème de son membre variqueux, ni jamais de rupture de varices.

On ne trouve rien d'intéressant dans les antécédents personnels de Louise D. Elle est née à 8 mois, par accouchement normal ; elle ne pesait à la naissance que 3 livres 1/4. La mère attribue cet accouchement prématuré au travail très pénible qu'elle faisait dans une usine et à une chute qu'elle fit peu de temps avant l'apparition des premières douleurs. A sa naissance, l'enfant ne présentait aucun stigmate d'hérédosyphilis. Elle eut sa première dent à 8 mois et marcha à 15 mois. Elle eut une coqueluche en bas âge, une rougeole, il y a deux ans et une bronchite l'année dernière. Elle a toujours eu bon appétit et son transit intestinal est normal.

La recherche des antécédents héréditaires nous apprend que, ni son père, mort à la guerre, ni sa mère n'ont jamais eu de varices, mais la sœur de sa mère a des varices des deux jambes depuis l'âge de 16 ans. Louise D. n'a ni frère, ni sœur.

A l'examen du membre inférieur droit, on constate la présence de dilatations veineuses étendues à toute sa hauteur, mais avec des caractères assez différents selon le point où on les considère.



Louise D., 7 ans. — Avril 1926
Photographie du service de M. Lereboullet

A la fesse, nous retrouvons les deux « taches » déjà signalées par la mère : l'une est située au niveau du grand trochanter qu'elle déborde un peu en arrière ; à peu près régulièrement arrondie, elle est un peu plus large qu'une pièce de cinq francs et elle forme un relief de quelques millimètres à la surface de la peau. A son centre, sa coloration est violacée lie-de-vin et sa surface à peu près lisse ; sa périphérie est constituée, au contraire, par des veines variqueuses plutôt bleues et dont le relief est perceptible au doigt.

La seconde tache, ou plutôt la seconde tuméfaction veineuse, siège à la partie tout à fait inférieure de la fesse droite qu'elle prolonge, abaissant ainsi le pli fessier. Elle est plus volumineuse que la première et présente une surface d'une petite paume de main. Elle n'a pas à son centre de petites taches lie-de-vin et est entièrement composée de dilatations veineuses. Elle n'est pas nettement limitée, et c'est bien se la représenter que de dire qu'elle prolonge la fesse droite à son extrémité inférieure. Ces deux tuméfactions sont de consistance molle et en partie réductibles à la pression.

A la partie supérieure de la face externe de la cuisse, un peu en arrière, nous remarquons une petite tache violacée, lie-de-vin, de la dimension d'un haricot. Cette tache est entourée de petites veines dilatées sur une hauteur de 15 centimètres et sur une largeur de 8 centimètres environ. Mais ces petites dilatations veineuses sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine, et présentent un aspect tout à fait différent de celles que nous avons signalées plus haut. On ne constate d'ailleurs ici aucun relief.

Continuant de haut en bas l'examen de la face externe de la jambe de notre malade, nous voyons une tuméfaction du volume d'un petit œuf occuper la partie supéro-externe de la rotule. La peau, ici, a conservé son aspect et sa coloration normales. On a l'impression d'une dilatation veineuse sacciforme qui se vide

lorsque l'enfant élève la jambe et se remplit brusquement dès qu'elle reprend la position verticale.

A la face externe du mollet on ne voit sous la peau que quelques fins rubans bleutés. En arrière de la malléole externe, on voit descendre un cordon veineux qui correspond évidemment à la veine saphène externe : de ce tronc naissent de nombreuses veines variqueuses qui couvrent toute la face dorsale du pied aussi bien en dedans qu'en dehors. Elles forment de volumineux paquets variqueux temporairement réductibles à la pression, on ne perçoit sur leur trajet aucun élément dur qui rappelle les phlébolithes. Ces veines variqueuses atteignent par endroit le calibre d'un crayon.



Louise D..., 7 ans. — Avril 1926
Photographie du service de M. Lereboullet

Sous la plante du pied, on trouve une petite tuméfaction arrondie siégeant sous le bord interne du pied, juste en avant du talon et tout à fait comparable à celle du genou par tous ses

caractères ; elle est pourtant un peu plus petite.

La face postérieure du membre est complètement indemne de varices et la face interne aussi. si l'on met à part le petit paquet que nous avons déjà signalé à la partie interne du dos du pied.

Par contre, nous en retrouvons sur la grande lèvre droite, où elles présentent un aspect en étoile.

Notre malade ne présente de varices ni sur l'abdomen ni en aucun autre point du corps. Le membre variqueux est de volume normal et les mensurations pratiquées n'ont révélé aucune différence notable avec le membre sain. Les radiographies ont d'ailleurs montré l'intégrité absolue du squelette.

Il n'y a, ni troubles de la sensibilité, ni troubles de la motilité. La tension artérielle est de Mx 13 — Mn 8. Les mouvements incessants de l'enfant et son agitation n'ont pas permis une étude correcte de la tension veineuse.

L'examen de l'appareil cardiovasculaire n'a rien décelé d'anormal ; nous n'avons rien trouvé non plus à la palpation de l'abdomen ; le foie est de volume normal.

Louise D..., n'a jamais été soumise à aucun traitement : l'éventualité d'une intervention chirurgicale sur les tuméfactions de la fesse, dont le volume s'accroît peu à peu, a été envisagée par M. Ombrédanne mais son opportunité n'a pas paru évidente, du moins pour le moment ».

Cette observation a été l'objet d'une courte discussion lors de la présentation de la malade à la Société de Pédiatrie et M. Mathieu a fait remarquer que « les varices congénitales ne sont que des angiomes ». Il y a là une question de définition que nous allons aborder dès maintenant à propos de notre petite malade.

Dans les lésions qu'elle présente nous pouvons dis-

tinguer deux éléments : d'une part à la jambe et au pied des varices bien caractérisées et dont le diagnostic ne souffre aucune difficulté, d'autre part, à la fesse, des éléments dont l'interprétation est plus délicate et sur lesquels nous nous sommes volontairement appliqués à ne poser aucun qualificatif précis dans le courant de notre observation. Nous savons fort bien qu'ils peuvent être considérés comme des angiomes, et nombre d'observations parmi celles que nous avons tirées de la littérature médicale, présentent elles aussi des tumeurs veineuses à propos desquelles on pourrait poser, — où même leurs auteurs ont posé — le diagnostic d'angiomes. S'agit-il donc vraiment là d'angiomes ? Cette question a été étudiée très à fond par Mlle CHAMPENDAL dans sa thèse, et c'est en lui faisant de larges emprunts que nous allons la reprendre ici.

Disons d'abord que si, à l'exemple de M. QUÉNU on définit l'angiome, une production nouvelle de capillaires et non point seulement le résultat de la dilatation de vaisseaux préexistants ; il paraîtra difficile de faire rentrer dans cette catégorie les tumeurs que présente notre malade.

Cruveilhier écrit à ce sujet : « C'est aux varices capillaires que je rapporte les tumeurs variqueuses capillaires si bien nommées par DUPUYREX, tumeurs érectiles, car elles présentent tous les caractères du tissu érectile normal dont le type est dans le corps caverneux. Son siège est exclusivement dans le réseau capillaire veineux ; ses mailles communiquent toutes entre elles ;

on peut les injecter à l'aide d'une ponction faite sur un point de la tumeur... Ce tissu érectile accidentel peut être acquis, il peut être congénital. Le système artériel est complètement étranger à ces tumeurs, aussi ne sont-elles nullement pulsatiles. Les premiers observateurs ne s'étaient donc pas mépris à ce sujet en les appelant tumeurs variqueuses. »

Et Pitha et Billroth : « Quand les veinules voisines viennent à se fusionner, la phlébectasie se transforme en une tumeur caverneuse qui affecte complètement la structure des angiomes et s'en distingue seulement par son caractère veineux prépondérant. »

Et M. Quénu : « Cette description des angiomes caverneux s'applique exactement à une série de productions vasculaires qui, pourtant, ne méritent pas le nom d'angiomes... L'identité de structure n'entraîne pas l'identité de nature ; on conçoit très bien que toute gêne à la circulation veineuse amène une ectasie des veines, puis des capillaires et que ceux-ci d'une façon toute passive, arrivent en fusionnant leurs parois à faire du tissu caverneux ».

Et Schwartz : « En même temps que ces dilatations variqueuses peuvent exister et existent effectivement des dilatations des veinules beaucoup plus petites, qui se manifestent par une tâche érectile veineuse ressemblant à une ecchymose récente ».

Enfin, Petit dans une étude sur les varices du membre supérieur traite de ces « tumeurs érectiles formées par la dilation des capillaires du derme » et Fournot

fait rentrer dans sa thèse sur les varices, la fameuse observation du pèlerin castillan, qui présentait non pas des varices positives, mais des plaques érectiles cutanées occupant toute la surface du bras et la moitié du thorax correspondante.

C'est sur ces opinions très autorisées que nous nous appuyons pour ne pas considérer les taches veineuses érectiles de notre malade comme des angiomes, selon la définition de M. Quénu, mais bien comme des tumeurs variqueuses.

Mais si l'on tend maintenant à considérer avec M. Delbet les angiomes simplement comme une malformation du système capillaire, sans que la néoformation vasculaire active soit nécessaire, rien ne s'oppose plus à ce que nous qualifions ces tumeurs variqueuses du nom d'angiomes, à condition que l'on spécifie bien quels rapports il y a entre ces angiomes veineux et les varices ; l'évolution des lésions chez notre malade est à ce sujet bien caractéristique : à sa naissance elle avait déjà des varices de la face dorsale du pied et ces varices ne se sont guère modifiées depuis. Au contraire, les deux taches cutanées de la fesse remarquées à la naissance se sont transformées peu à peu en tumeurs érectiles et augmentent encore de volume régulièrement.

D'autres observations que nous publions pourront paraître moins probantes que la nôtre sur ce point délicat des rapports de l'angiome et des varices : si dans certaines il se peut que les angiomes soient des angio-

inés vrais au sens où le prend M. Quénu, il n'en découle pas forcément que dans ce cas l'angiome soit la cause des varices. Le professeur Bauby, à propos de l'observation dont nous rapportons plus loin un extrait pose cette question et y répond : « En effet autour des angiomes les veines se dilatent et prennent un aspect variqueux ; mais ce sont plutôt des angiomes caverneux du cou et de la face et surtout les angiomes sous-cutanés qui donnent lieu à ces troubles secondaires ; les vastes nævi superficiels respectent les vaisseaux importants... Je crois donc qu'on peut affirmer la nature également congénitale des varices et de l'angiome associés chez un malade ».

Si donc on peut à la rigueur qualifier avec M. Delbet du nom d'angiome, ces manifestations il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait en faire dépendre les varices qui leur sont associées et que dans nombre de cas l'ordre d'apparition des lésions tendrait plutôt à les faire considérer comme la conséquence de ces varices.

Observations tirées de la littérature médicale

OBSERVATION I

Semaine Médicale 1885.

VARICES AVEC SCLÉROSE

« M. Lassar présente un homme dont toute l'extrémité inférieure droite est difforme ; on y voit des dilatations énormes des veines.

Ce qui est surprenant, c'est : 1° que ces varices sont unilatérales ; 2° qu'elles sont congénitales ; 3° qu'il y a une sclérose des veines, ce qui est très rare, quoique les cas dans lesquels on rencontre des phlébolithes soient assez fréquents, mais ici, c'est tout autre chose que de la sclérose ».

OBSERVATION II

TURNER 1886

« Patrich G..., âgé de 30 ans. Matelot. Entre à l'hôpital pour un chancre récent et une amygdalite. Pas d'antécédents morbides sauf la malaria. La constipation est habituelle ; une selle seulement tous les 5 à 8 jours ; la défécation s'accompagne de douleurs dans la région hypogastrique.

Le sujet a l'air bien nourri, robuste.

Veines dilatées et variqueuses aux deux jambes, surtout à la jambe droite. A la partie antérieure de l'abdomen, toutes les veines sont dilatées, surtout du côté droit. Cœur et poumons normaux ; nulle part on ne trouve de tumeur.

Cet homme raconte qu'il a toujours eu ces varicosités ; il

se souvient qu'à l'âge de 10 ans, il avait déjà de grosses veines sur la poitrine et l'abdomen.

Il est impossible dans ce cas de déterminer la cause de l'oblitération probable la veine cave inférieure, ni la raison pour laquelle ces varices sont plus considérables à droite qu'à gauche. Il n'y a pas d'hypertrophie de la rate accompagnant la malaria ; sauf sa constipation et sa syphilis récente, ce matelot est en bonne santé ; et il a été examiné plusieurs fois très minutieusement sans que l'on trouve jamais aucun signe de tumeur.

Il semble que l'auteur de cette observation ait recherché s'il ne pouvait y avoir un rapport entre la constipation opiniâtre du malade et ses varices, mais seule une tumeur abdominale d'une certaine importance pouvait déterminer une telle symptomatologie, et cette tumeur ne se serait-elle manifestée en 30 ans par aucun autre trouble fonctionnel que des varices et de la constipation, et après une si longue évolution ne présenterait-elle aucun signe physique décelable par un examen minutieux ?

D'ailleurs, ce cas se rapproche par bien des caractères de celui de Cavasse (1897) concernant une atrophie congénitale de la veine cave inférieure et nous croyons plus logique de le faire remonter à une même étiologie

OBSERVATION III

JEANSELME 1889

VARICES DES JAMBES

« F. Ernest, âgé de 24 ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hallopeau.

La mère du malade est atteinte de varices volumineuses depuis sa jeunesse ; il a deux sœurs dont l'une est indemne et l'autre porte de grosses varices depuis l'âge de 8 ou 10 ans. Lui-même a des varices depuis son enfance : elles étaient déjà très développées à l'âge de 8 ans, il a été réformé pour cette infirmité.

Membre inférieur gauche : les varices y sont relativement peu développées.

Membre inférieur droit : les varices y sont énormes.

Sur la jambe, cordons cylindroïdes et serpentins de la grosseur du petit doigt, groupés à la face externe du mollet. La saphène externe paraît en intéressée. Sur la cuisse 2 ectasies veineuses plus grosses qu'une noix, l'une au tiers inférieur, l'autre à l'embouchure de la saphène dans la fémorale ; cette dernière simulant une hernie crurale.

Au niveau de ces deux renflements variqueux il y a une impulsion et une expansion très manifeste à la toux. En même temps que le choc, la main perçoit un frémissement râpeux, et l'oreille entend un bruissement comparable à celui que produiraient une multitude de petits graviers entraînés par un courant rapide.

Impulsion, expansion, frémissement et bruissement sont plus accentués dans la tumeur supérieure.

Nulle part il n'y a de pulsations isochrones au pouls, pas de communication artérioso-veineuse.

Des deux côtés il y a des trainées pigmentaires sur le trajet des varices.

Un caractère commun rapproche cette observation de la précédente ; dans l'une, comme dans l'autre, il s'agit de varices congénitales des deux membres inférieurs avec une prédominance considérable des lésions

au membre droit. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point lorsque nous chercherons à dégager de toutes ces observations une impression d'ensemble.

OBSERVATION IV

DERVILLE 1891

VARICES CONSIDÉRABLES DU SYSTÈME VEINEUX INFÉRIEUR

D... F., âgé de trente ans, marchand de quatre saisons, est un homme de taille moyenne d'apparence malingre, souffreteux et d'une intelligence au-dessous de la moyenne. Ses parents jouissent d'une excellente santé ; il a plusieurs frères et sœurs dont aucun ne présente de vices de développement.

Sa mère nous affirme qu'à sa naissance on voyait sur la peau des jambes et du ventre des trainées bleuâtres serpentines assez accentuées ; mais à cette époque les veines faisaient à peine saillie à la surface des téguments. Vers l'âge de quatre ans D. eut quelques troubles digestifs ; diarrhée alternant avec de la constipation, vomissements intermittents et en même temps l'abdomen prit un volume démesuré. Ces phénomènes gastro-intestinaux et la tuméfaction abdominale persistèrent jusqu'à l'âge de sept ans. C'est à cette époque surtout que les varices de l'abdomen et des membres inférieurs commencèrent à faire saillie. La tuméfaction veineuse se serait montrée simultanément sur toutes les trainées bleuâtres, elle n'aurait pas débuté par les membres inférieurs pour envahir peu à peu et successivement les vaisseaux de la jambe, de la cuisse et du ventre. Depuis lors ces vaisseaux n'ont cessé d'augmenter de volume ; cependant depuis un an ils ont conservé le même calibre.

Le développement physique et intellectuel de D. s'est effectué

d'une façon très lente. Il n'a fait ses premiers pas qu'à l'âge de six ans. A sept ans il commence à parler et jusqu'à huit il eut de l'incontinence nocturne d'urine. On l'envoya à l'école à différentes reprises, mais son caractère irritable, son indocilité, l'empêchèrent de la fréquenter longtemps. Il sait à peine lire et écrire.

A douze ans il fut placé comme apprenti dans un atelier d'ajustage. Mais au bout d'une année il fut pris d'un tremblement qui l'empêcha de continuer. Sa marche était très faible, incertaine, et à deux reprises il tomba et se fractura l'avant-bras droit. L'une de ses fractures paraît avoir été compliquée d'une plaque de gangrène cutanée par compression de l'appareil.

Il renonça alors à la profession d'ajusteur et devint marchand ambulant.

Cette nouvelle occupation était pour lui la cause de grandes fatigues. Après quelques heures de marche ou de station verticale il éprouvait des douleurs intolérables qui le contraignaient ou bien à s'asseoir, ou bien à s'agenouiller, ou bien à prendre appui tantôt sur un pied, tantôt sur l'autre.

Bientôt même, il dut renoncer à cette nouvelle occupation. Les jambes présentent à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur plusieurs ulcères qui se sont produits à l'âge de treize ans. On voit aussi ça et là quelques pustules d'ecthyma disséminées. La peau des jambes présente plusieurs cicatrices blanchâtres (ulcères guéris) et des parties fortement pigmentées au niveau desquelles les poils semblent manquer. Les membres inférieurs sont le siège de sueurs visqueuses. Leur température paraît abaissée mais nous n'avons pu mesurer exactement le degré de cet abaissement thermique.

La sensibilité au contact, à la chaleur paraît peu modifiée, mais le courant électrique paraît bien mieux perçu au-dessus des ulcères qu'au-dessous. La force musculaire paraît plus développée à droite qu'à gauche ; les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés ; nous n'avons pu trouver d'autres signes d'une affection nerveuse.

Les deux jambes ne présentent pas le même développement.

La circonférence du membre inférieur, vers le milieu du mollet est de 39 centimètres à droite et de 35 centimètres à gauche ; au niveau des malléoles, de 27 centimètres à droite et de 25 1/2 à gauche.

Le tibia gauche est tuméfié au niveau de l'ulcère et la base de cette ulcération adhère au périoste. Le tibia droit est tuméfié au même niveau.

D..., jouit actuellement d'une santé assez bonne ; il ne se plaint que de douleurs dans les jambes et dans l'abdomen qui l'empêchent de travailler : à plusieurs reprises il a essayé de porter une ceinture abdominale mais il n'a jamais pu la supporter. Les fonctions digestives sont régulières ; jamais de diarrhées ni d'hématémèses, ni de vomissements et il nous a affirmé n'avoir jamais présenté aucun signe d'hémorroïdes.

Les lésions que présente la surface des jambes et de l'abdomen sont des veines variqueuses excessivement dilatées décrivant en certains points une série de circonvolutions, de sinuosités qui simulent assez bien le paquet intestinal.

Le pied ne présente guère de varicosités, mais ces petites dilatations veineuses deviennent très nombreuses à partir des malléoles. Les grosses veines sous-cutanées sont peu développées au niveau de la jambe, mais à la cuisse, surtout à droite, on voit de grosses veines dilatées et fluctueuses.

A la racine de la cuisse gauche, au niveau du triangle de Scarpa on voit une varice énorme qui paraît siéger au niveau de l'embouchure de la saphène interne dans la veine fémorale. Cette varice du volume d'un œuf de dinde pourrait au premier abord être prise pour une hernie crurale.

Sur la paroi abdominale, la disposition des saillies variqueuses est symétrique, mais elles sont plus développées, à gauche et actuellement, c'est surtout la partie gauche du ventre qui est le siège de phénomènes douloureux. Au-dessus et au

niveau de l'arcade de Fallope on voit un énorme paquet de veines variqueuses présentant des prolongements dans trois directions différentes. En arrière, parallèlement à la crête iliaque externe et à deux travers de doigt au-dessus de cette crête on voit une sorte de large ruban saillant, bleuâtre, formé par des veines dilatées et saillantes, c'est la veine iliaque externe sous-cutanée, plus en dedans nous voyons un large cordon variqueux partant du paquet inférieur, se dirigeant obliquement en haut et en dehors vers la région axillaire et s'arrêtant au niveau de la sixième ou septième côte, ce cordon représente la veine thoraco-épigastrique sous-cutanée ; le volume de cette veine va en diminuant de bas en haut. Enfin, de la partie intérieure du paquet variqueux inguinal, on voit s'élever des veines variqueuses qui se dirigent en haut et en dedans vers la cicatrice ombilicale. Ce sont les veines épigastriques longues-inférieures sous-cutanées. Vers l'ombilic, la veine droite tend à se rapprocher de la gauche, mais sans venir au contact. Au-dessus de l'ombilic ces veines paraissent fusionner en un cordon unique dilaté et variqueux aussi qui représente la veine xyphoïdienne médiane sous cutanée. Cette dernière remonte jusqu'au niveau du tiers inférieur du sternum.

A ce niveau on voit quelques veines sous cutanées de la paroi thoracique plus larges et plus apparentes qu'à l'état normal, mais non variqueuses.

Autant que nous avons pu en juger le cours du sang dans les veines abdominales dilatées se fait de bas en haut. En comprimant une veine dilatée on la voyait s'affaisser au-dessus du point comprimé et au contraire devenir plus tendue, plus volumineuse au-dessous. Nous n'avons pas perçu de thrill sur le trajet des vaisseaux. Les veines superficielles des membres thoraciques et du cou sont bien dessinées mais en aucun point elles ne présentent de dilatation variqueuses.

La nature variqueuse des tumeurs cutanées observées chez D... est évidente. Etant donné la distribution de ces lésions, on

est amené à conclure à une gêne dans la circulation de la veine cave inférieure et l'obstacle doit siéger sur le tronc même de ce vaisseau puisque les altérations vasculaires sont bilatérales.

L'ensemble des phénomènes présentés par notre malade ne permet pas de dire si la circulation porte participe à la même gêne et si par conséquent l'obstacle à la circulation veineuse siège au-dessus ou au-dessous de l'embouchure des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure. Nous croyons pourtant qu'il en est plutôt ainsi. Sans doute notre malade n'a jamais présenté tous les signes de l'obstruction de la veine porte, mais d'une part il est rare que tous les signes décrits par les classiques soient réunis et d'autre part D. a présenté de quatre à sept ans tout un ensemble de phénomènes abdominaux qui peuvent faire penser à une gêne de la circulation porte.

C'est en effet à l'âge où il commençait à se fatiguer un peu ; à essayer de faire quelques pas ; au moment par conséquent où la pesanteur venait influencer défavorablement la circulation en retour que ces troubles gastro-intestinaux ont apparus. C'est de plus au moment où l'état du malade s'améliorait que les veines abdominales ont surtout augmenté de volume. Cette amélioration s'explique, croyons nous, par l'établissement d'une circulation veineuse collatérale. Actuellement encore le foie est un peu douloureux et déborde les fausses côtes droites. Nous n'avons pu malheureusement percuter ou palper la rate à cause des douleurs que ces recherches déterminaient. Les efforts un peu prolongés sont suivis de douleurs dans les flancs qui se rattachent sans doute à une congestion du foie et de la rate, sous l'influence de la gêne plus grande apportée à ce moment à la circulation de retour. Notre malade sans doute n'a jamais eu d'hémorroïdes ni de flux hémorroïdal : c'est là un signe fréquent mais non constant de la gêne de la circulation porte. »

OBSERVATION V

DILATATION GÉNÉRALE ET HÉRÉDITAIRE DES VAISSEAUX CUTANÉS 1894

M. Gastou : « Je vous présente un malade du service de M. le professeur Fournier, sur le tégument duquel existe une dilatation généralisée des vaisseaux cutanés sous forme d'un réseau violacé lie de vin, à larges mailles, surtout manifeste aux membres inférieurs et rappelant par son aspect les sugillations cadavériques.

Le réseau a toujours existé aux mains ; il s'est généralisé à la suite d'hémiplégies gauches successives et de symptômes nerveux rappelant la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. Il devient plus coloré par la station debout, la marche et le froid. Le malade a de l'hyperesthésie à la piqure, à la chaleur, surtout à gauche. Les réflexes sont exagérés. Il existe une dilatation variqueuse capillaire au niveau du creux poplité droit et quelques intermittences cardiaques. Les urines sont normales. Une biopsie de la peau faite au niveau d'un réseau violacé n'a pas montré d'altération vasculaire bien nette. Les vaisseaux n'étaient pas dilatés ; il n'existait qu'une légère infiltration embryonnaire de la région papillaire du derme ».

Nous avons hésité longuement avant de rapporter cette observation qui est sans doute très en dehors de notre sujet, mais il y a tout de même là un cas de varices congénitales des membres inférieurs et nous nous sommes enfin décidés à le publier bien moins pour en faire état dans notre argumentation que pour l'intérêt qu'il présente par lui-même.

Le même raisonnement nous a aussi conduit à publier un cas du Professeur Bauby (observation VIII) qui lui aussi est très différent de l'ensemble de nos observations.

OBSERVATION VI

KOENIG 1898

VARICES CONGÉNITALES DU MEMBRE INFÉRIEUR ET DE L'ABDOMEN

Per... Lui..., âgé de 17 ans, écolier d'origine suédoise entre à l'hôpital de la Charité pour ulcère de jambe ; on remarque au niveau du tiers inférieur et interne de la jambe droite un ulcère large environ comme la paume de la main.

En poursuivant l'examen on constate la présence de varices sur les membres inférieurs et sur l'abdomen. Sur les jambes, elles offrent l'aspect des grosses varices que l'on rencontre communément dans cette région : elles présentent des renflements irréguliers et de larges trainées bleuâtres, particulièrement le long des saphènes. A la partie supérieure leur aspect est plus différent sur chaque cuisse ; au niveau de la pointe du triangle de Scarpa elles deviennent brusquement beaucoup plus nombreuses, de forme plus irrégulière, remontant et s'étalant en éventail sur l'abdomen jusqu'au niveau des fausses côtes. Elles s'arrêtent assez brusquement sur les côtés ; les bourses et la verge n'en offrent aucune trace.

En bas leur grosseur est celle d'un crayon ; elle diminue à mesure qu'on se rapproche des côtes ; là les varices se forment plus que de larges trainées bleuâtres. Leur épaisseur est par endroit assez irrégulière et elles présentent quelques renflements au niveau du pubis ainsi qu'à la face interne des cuisses.

Le sujet est depuis longtemps atteint de ces varices, mais depuis quelques mois, elles ont beaucoup augmenté de volume.

Comme antécédents pathologiques nous ne relevons chez ce malade qu'une scarlatine. Ses antécédents héréditaires sont plus importants ; il nous dit que son père ainsi que ses sœurs sont également porteurs de varices aux cuisses, ce qui nous permet d'affirmer l'origine congénitale de ces varices ».

OBSERVATION VII (1898)

« M. Gangolphe présente un jeune homme âgé de 25 ans, atteint d'énormes varices congénitales du membre inférieur gauche. Le pied est transformé en une véritable éponge veineuse et les veines de la jambe, de la cuisse, de la fesse même sont comme injectées au maximum. Le point intéressant est le fait qu'à la mensuration du squelette on a trouvé un accroissement considérable des os du côté malade par rapport au côté sain. Il y a un allongement réel de plusieurs centimètres. Il y a aussi augmentation en largeur et en épaisseur des os : véritable hypertrophie du squelette très manifeste par exemple au niveau de la région trochantérienne ».

OBSERVATION VIII

BAUBY 1900 (*Résumée*)

« Cette malade âgée de 46 ans est entrée dans mon service pour un ulcère variqueux de la jambe droite ; autour de cet ulcère qui ne présentait rien de particulier, si ce n'est l'aspect de ses bords très épaissis et indurés, nous avons vu de larges taches lie de vin n'ayant rien de commun avec les altérations ordinaires de la peau des membres variqueux ou ulcérés. En recherchant leur limite supérieure nous avons constaté que ces taches angiômateuses se continuaient sur la cuisse, le côté droit du ventre, du thorax et du dos, sur la face et tout le membre supérieur droit.

En outre nous avons remarqué l'existence de varices développées surtout à la face interne du bras ; il en existe aussi au membre inférieur droit ; la jambe gauche est indemne ».

OBSERVATION IX

MORESTIN 1900 (*publiée par Mlle Champendal*)

« G..., grainetier, 30 ans, entré le 1^{er} novembre à St-Louis pour un ulcère de la jambe gauche. Cet homme a déjà été opéré par M. Gérard Marchand, à Laennec pour un phlegmon de la fosse iliaque gauche d'origine ganglionnaire. Il porte encore en effet une longue cicatrice inégale et déprimée, étendue transversalement au-dessus de l'arcade de Fallope et de la crête iliaque. Cette cicatrice mesure 20 centimètres. L'opération a été pratiquée en 1839.

Cet homme a été opéré de nouveau en 1892 à St-Louis. On a fait une incision dont on voit la cicatrice verticalement dirigée, occupant la partie moyenne et la pointe du triangle de Scarpa. Il s'agissait d'une opération dirigée contre une varice rompue de la jambe gauche. Il s'agit donc, selon toute invraisemblance de la ligature de la saphène interne, le résultat de cette intervention a d'ailleurs été nul.

La maladie de cet individu remonte à la première enfance. Ses parents l'attribuaient à un coup qu'il aurait reçu au niveau de la cheville. Il n'a conservé aucune trace de ce prétendu accident. Il est difficile d'attacher la moindre importance à cette étiologie.

L'ulcère qui amène le malade à l'hôpital dure depuis longtemps, mais en lui-même il est peu important. C'est un détail dans l'état pathologique du membre ; il est grand comme une pièce de cinquante centimes. Cette plaie s'agrandit ou diminue suivant que le malade travaille ou vit à l'hôpital. Autour d'elle toute la peau de la face interne de la jambe est fortement pigmentée, ce n'est donc pas un ulcère absolument vulgaire.

Le membre inférieur tout entier présente un aspect anormal, qui frappe à première vue. La cuisse et la jambe ont un volume presque double des segments correspondants du

membre inférieur droit. On voit se dessiner sur toute sa surface les reliefs d'une foule de bosselures variqueuses et d'innombrables auses veineuses dilatées. Elles sont particulièrement nombreuses sous la peau du creux poplité et de la face antérieure de la cuisse. Le pied n'a rien. Le volume du membre diminue par le repos au lit et augmente par la marche et la station debout prolongée. Quand le malade est couché, la circonférence de la jambe au niveau du mollet est : pour le côté droit de 37 centimètres ; de 44 centimètres pour le côté gauche. La cuisse mesurée un peu au-dessus de la partie moyenne présente : pour le côté droit, 57 centimètres de circonférence et 66 centimètres pour le côté gauche. A la racine de la cuisse la circonférence est de 61 centimètres pour le côté droit et de 70 centimètres pour le côté gauche.

Quelques varices s'observent sur le scrotum du côté gauche. On observe des vergetures en grand nombre sur le membre malade. L'indolence est absolue. Au palper les tissus présentent une consistance molle, pâteuse ; les bosselures s'effacent sous la pression ; elles sont réductibles mais il persiste une sorte d'empâtement des tissus tel qu'on l'observe sur les membres éléphantiasiques.

En effet, il n'y a pas seulement dilatation des veines, mais dilatation de tout le système lymphatique et œdème lymphatique.

Ce cas est d'une interprétation un peu délicate. Il est à remarquer tout d'abord que l'affection qui a nécessité l'incision dont on voit la trace au-dessus du ligament de Poupart, était une complication intercurrente après laquelle le membre a gardé purement et simplement l'aspect qu'il avait auparavant. On ne peut donc chercher de ce côté l'origine des dilatations, tant veineuses que lymphatiques.

L'accident invoqué par le malade n'est pas non plus une circonstance dont on puisse tenir compte au point de vue de l'étiolo-

logie car il s'agissait d'un traumatisme des plus insignifiants dont aucune trace n'a persisté, qui n'a pas eu de suites, qui n'a pas même nécessité un repos d'un seul jour. Enfin, on ne voit pas bien le rapport qui peut exister entre un traumatisme de la région malléolaire et une dilatation aussi considérable des vaisseaux lymphatiques et sanguins.

L'apparition de la lésion dans la première enfance est au contraire une circonstance de la plus grande valeur au point de vue de la pathogénie.

La plupart des lésions congénitales ne sont pas toujours remarquées ou visibles au moment même de la naissance. Dans le cas particulier en l'absence de tout autre explication meilleure il faut bien admettre ici une malformation congénitale ayant frappé simultanément le système veineux et le système lymphatique ; et même ces dernières lésions constituent un caractère de congénitalité.

On sait combien il est fréquent de constater des lymphangiômes pendant l'enfance ; et même quand leur apparition est tardive on ne fait aucun doute pour voir là une malformation, une anomalie du système lymphatique.

L'explication valable pour l'élément lymphatique de cette difformité compliquée, doit l'être aussi pour l'élément veineux.

OBSERVATION X

Mlle CHAMPENDAL. — *Thèse de Genève 1900*

« J... M..., âgé de 11 ans, est porteur d'une varice très volumineuse de la jambe droite. Comme antécédents héréditaires nous ne sommes pas arrivés à déceler aucun cas analogue dans sa famille. La mère quoique astreinte à de rudes travaux, n'a pas de varices aux jambes.

Dès sa naissance, les parents et la sage-femme ont remarqué

que l'enfant portait au membre inférieur droit une veine très volumineuse, saillante sous la peau ; en outre on pouvait voir sur cette même jambe trois taches violacées, non proéminentes de la grosseur environ d'une pièce de cinq francs. Sauf cette particularité, le nouveau-né était bien constitué et en bonne santé.

A l'âge de trois ans le petit garçon commença à fréquenter l'école et comme la course pour s'y rendre était un peu longue, il ne tarda pas à souffrir de cette jambe à se plaindre qu'elle lui semblait lourde et qu'il était très fatigué en rentrant à la maison.

On consulta alors un médecin. Celui-ci constata en premier lieu, que cette jambe était plus mince que l'autre.

Outre les taches déjà signalées, elle présentait un gros tronc veineux dilaté qui partant de la cuisse, longeait toute la partie externe de la jambe et venait se terminer sur le pied en se ramifiant.

Le médecin conseilla un traitement palliatif par des bandages compressifs. Ceux-ci furent exécutés pendant deux ou trois mois puis abandonnés parce que l'enfant ne se plaignait plus.

A l'âge de sept ans affirme la mère, on a constaté que les deux jambes de l'enfant avaient acquis le même volume. On ne s'est plus dès lors inquiété de cette varice bien qu'elle se soit développée à mesure que l'enfant grandissait.

Status : enfant bien conformé, de taille moyenne, ne présentant aucune autre malformation.

Cœur normal ; nulle part ailleurs qu'à la jambe droite on ne trouve de dilatation veineuse. Pas de varicocèle ni d'hémorroïdes.

Un peu de dyspepsie et de nervosité. Céphalgie fréquente ; les pupilles paraissent un peu dilatées.

Tendance à l'anémie des centres (l'enfant a été pris de vertige et de nausées avec pâleur extrême pour être resté un peu

longtemps debout pour la séance de photographie).

Il n'est pas possible de déceler un obstacle quelconque une cause de compression empêchant la circulation en retour du membre inférieur droit.

Afin de bien décrire les lésions que présente cet enfant, nous prendrons séparément 1° les trois taches cutanées, 2° le tronc veineux variqueux.

La première tache est située dans la région trochantérienne, elle a une forme irrégulière, une longueur verticale de 60 millimètres et une largeur maxima de 30 millimètres ; une couleur violacée ou lie de vin qui disparaît en partie à la pression. La surface est lisse, ne proémine pas au-dessus du niveau de la peau. Immédiatement à la partie inférieure de cette plaque s'en trouve une autre présentant les mêmes caractères mais plus petite, de la dimension et de la forme d'un haricot.

La deuxième tache est située à la partie inférieure et externe de la cuisse à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du genou. Elle a une forme irrégulière à bords déchiquetés. Sa longueur maximum prise verticalement est de 58 millimètres, sa largeur de 55 millimètres. La distance qui sépare les deux taches est de 15 centimètres.

Les autres caractères généraux sont les mêmes.

La 3° tache est située exactement au centre de la rotule, elle est allongée dans le sens transversal et présente dans ce diamètre 30 millimètres de longueur.

La largeur verticale est de 18 millimètres. A l'encontre des deux précédentes sa surface présente quelques bosselures formées par les vaisseaux dilatés qui s'enfoncent sous la pression du doigt et elle donne l'impression très nette de tissu caverneux. La couleur est un peu plus rouge que les précédentes.

Le tronc veineux, nous l'avons dit, s'étend de la région trochantérienne au bord antéro-externe du pied. Le point de départ de la dilatation correspond exactement à la tache cuta-

née supérieure. De là elle s'étend en ligne à peu près directe à la seconde et présente dans cette partie le calibre d'un petit doigt.

Depuis la seconde tache le tronc veineux augmente assez brusquement de volume ; il continue à longer le bord externe de la jambe, devient flexueux et se divise en deux ramifications principales : l'une, la moins importante, se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant et vient rejoindre la troisième tache au-dessus de laquelle elle semble disparaître.

L'autre ramification, qu'on peut considérer comme la continuation du tronc principal, continue son trajet en augmentant progressivement de calibre. Au niveau de la partie moyenne de la jambe, elle présente latéralement une grosse dilatation ampullaire. Ce diverticule a la forme d'une poire dont la grosse extrémité serait inférieure. Sa longueur verticale est de 62 millimètres au-dessus du niveau de la peau. Quand on exerce une pression de bas en haut de manière à le vider de son contenu sanguin, il se remplit lentement à nouveau.

Ceci ferait supposer qu'il s'agit ici d'une petite ramification de la veine primitivement distendue plutôt que d'une dilatation latérale sacciforme de la paroi veineuse. Au-dessous de ce diverticule, la veine principale passablement diminuée de volume, continue son trajet superficiel en se subdivisant en deux ou trois troncs dont les uns restent latéraux et les autres deviennent antérieurs. De telle sorte qu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne ils forment un réseau variqueux qui occupe tous le dos du pied et se termine d'une part à son bord externe et d'autre part à la naissance des orteils.

Outre le tronc principal que nous venons de décrire, nous remarquons que la cuisse présente sur toute sa surface antérieure et externe un lacis veineux superficiel beaucoup plus accentué que sur la jambe gauche normale. Sans qu'on puisse appeler cela positivement des varices, il y a cependant sur cette cuisse droite un développement exagéré du réseau veineux sous-

cutané. La jambe du même côté en dehors des dilatactions circonscrites qui ont fait l'objet de notre étude ne présente pas encore cette particularité.

La température et la sensibilité tactile paraissent égales dans les deux membres inférieurs. Quant aux phénomènes douloureux voici ce que répète l'enfant lui-même à ce sujet : le soir et quand il est fatigué sa jambe lui paraît extrêmement lourde et engourdie ; il y ressent une lassitude très grande et des fourmillements. En outre, mais assez rarement il est pris de crampes soudaines qui lui paralysent la jambe pendant une ou deux minutes, « quand cela m'arrive à l'école, dit-il, je ne puis plus bouger et mes camarades sont obligés de me soulever pour me sortir du banc ».

Nous avons dit que jusqu'à l'âge de 7 ans la jambe malade a présenté une légère atrophie. Il n'en persiste plus rien maintenant ; au repos les deux jambes présentent les mêmes dimensions. Le soir seulement ou après une longue marche, la jambe variqueuse présente un gonflement qui disparaît dans la nuit ».

OBSERVATION XI

ROCHER 1909

« Vaste angiome caverneux de la face interne de la jambe gauche et varices congénitales du système saphénien cutané.

Ce vaste angiome caverneux (20 centimètres sur 8 centimètres) était plaqué contre la surface tibiale, à mi-jambe et lui adhérait intimement ; grâce à un large décollement des téguments au-dessus des plans aponévrotiques, nous pûmes facilement enlever la tumeur et rapprocher les lèvres de la plaie. Ce qui est intéressant de noter ici c'est la coexistence de varices du système saphénien interne depuis les origines du pied jusqu'à

son abouchement dans la veine fémorale, veine saphène très dilatée, très flexueuse formant un volumineux paquet variqueux au niveau du genou. Veines collatérales, veines aboutissant à l'angiome, très distendues ; veinosités cutanées dans la région malléolaire interne et sur le bord interne du pied ; or l'angiome et les varices que portait cette jeune fille de 20 ans, dataient du plus jeune âge. »

OBSERVATION XII

KIRMISSON 1910 — *Varices congénitales du membre inférieur droit.*

Jeune garçon de 14 ans.

Né à terme, après bonne grossesse et accouchement normal.

Dès la naissance on a constaté, au niveau de la cuisse droite une large plaque variqueuse, qui n'a cessé de grandir avec l'âge.

L'hiver, les troubles fonctionnels sont plus marqués ; la jambe augmente de volume à tel point que les mouvements de flexion du genou sont très gênés et qu'il y a engourdissement de toute la cuisse. Cet état est tel que depuis cinq ou six ans l'enfant doit garder le lit pendant un mois chaque hiver.

En été, l'état du membre est meilleur ; l'enfant peut marcher, courir, mais il se fatigue vite et après une marche un peu longue la jambe enfle notablement et le jeune malade est obligé de se coucher.

A la partie antérieure et externe de la cuisse droite, une large plaque violacée, formée par des dilations variqueuses et déterminant à la partie inférieure de la cuisse une tuméfaction notable qui circonscrit la rotule.

Cette plaque remonte le long de la face externe de la cuisse et s'effile par en haut en contournant le grand Trochanter pour se terminer presque au niveau de la ligne médiane à la hauteur de la première vertèbre sacrée.

Cette plaque ne présente pas une coloration uniforme ; elle est constituée par de grosses dilatactions variqueuses bleuâtres, entremêlées de taches rosées angiomateuses.

Le maximum de la lésion siège au genou ; les méplats rotuliens sont effacés et remplacés par des bosselures donnant au genou un aspect arrondi ; la palpation profonde à cet endroit donne une consistance spongieuse. Les muscles de la cuisse sont légèrement atrophiés ; mais on ne constate pas ici un arrêt d'accroissement du fémur en longueur : les deux membres inférieurs mesurent la même longueur : 79 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe ».

Dans la discussion qui suivit la présentation de cette observation à la société de chirurgie de Paris le diagnostic de varices congénitales posé par Kirrison fut très contesté par Schwartz, par Antonin Poncet et notamment par Lucas-Championnière qui répliqua : « Le terme de varices congénitales est impropre : il s'agit en effet d'un angiome veineux à marche progressive. »

Nous avons eu déjà l'occasion de discuter des rapports de l'angiome et des varices ; si chez le malade de Kirrison la présence d'un vaste angiome est incontestable, nous ne croyons pas nécessaire, et nous en avons déjà donné les raisons, d'en faire dépendre ses varices. Pour nous, elles gardent intact leur caractère de varices congénitales et entrent bien dans le cadre que nous nous sommes imposés.

OBSERVATION XIII

CODER-BOISSE 1912

Mlle B. F. 18 ans, vient nous trouver le 4 octobre parce qu'elle souffre légèrement de la jambe et de la cuisse droites.

Ses douleurs sont déjà anciennes ; elles sont un peu vives, et la marche ainsi que la station debout les exagèrent. Le pied, la jambe et la cuisse sont augmentés de volume surtout le soir, et ces régions sont le siège de lésions spéciales qui ont été remarquées dès la naissance mais qui ont peut être augmentées depuis.

La jeune malade jouit par ailleurs d'une excellente santé, et il n'y a dans ses antécédents tant héréditaires que personnels quoi que ce soit qui mérite d'être noté. Elle a notamment deux sœurs qui ne présentent pas le moindre accident congénital et les parents encore vivants et bien portants ne connaissent dans la famille aucune tare congénitale, même légère. Il y aurait cependant une cousine germaine de la malade qui serait atteinte de luxation congénitale de la hanche. Notre malade est la plus jeune de trois enfants. Elle est née normalement, après une grossesse normale.

Dès sa naissance on s'aperçut qu'il existait sur la face externe du membre inférieur droit une grosse veine bleue allant des malléoles à la région trochantérienne.

Vers l'âge de 4 ans, on constata l'existence d'une tache bleue à la région trochantérienne, à l'extrémité supérieure de la grosse veine déjà remarquée. Cette tache augmenta progressivement, sinon en étendue du moins en volume. Depuis deux années cette augmentation de volume paraît s'accroître. C'est depuis cette époque surtout que les douleurs presque nulles jusque là ont fait leur apparition. Ces douleurs, très peu vives, siègent dans la région trochantérienne ; ce sont des sortes de lancements qui sont surtout accusés si la malade heurte la région malade ou si elle se couche dessus ; exceptionnellement elles sont assez marquées pour empêcher le sommeil. Presque nulles le matin, elles sont plus vives le soir surtout après une journée de marche ou de station debout prolongée. Il n'y a pas le soir, à proprement parler d'œdème, mais il semble que le membre est gonflé

et la malade a l'impression que sa bande de crêpe qu'elle a l'habitude de porter depuis de très longues années la serre davantage le soir que le matin.

A l'examen on constate au niveau du trochanter et en arrière une petite tumeur bleue du volume et de la forme d'une amande et qui n'est autre qu'un véritable angiome, formé en apparence d'un seul vaisseau dilaté. Un peu en avant de cette petite tumeur s'en trouvent deux ou trois autres de la grosseur d'un pois ou d'un haricot, mais qui n'ont pas la coloration bleue intense de la première ; elles sont seulement bleutées et ont également l'aspect de petites ampoules angiomateuses.

Dans presque toutes ces petites tumeurs angiomateuses qui sont molles au toucher et très peu douloureuses à l'exploration on trouve de petites concrétions dures et irrégulières, douloureuses à la pression, qui sont des phlébolites. Ce sont vraisemblablement ces concrétions qui déterminent par choc ou par compression les légères douleurs ressenties si la malade se couche sur le côté malade.

Sur les deux tiers inférieurs de la cuisse, sur le genou, la jambe et le pied on remarque une coloration lie-de-vin, d'intensité variable et irrégulièrement disséminée.

Partant de la face antérieure de la cuisse au niveau de l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa, on voit, et on sent un vaisseau veineux volumineux qui oblique sur la face externe de la cuisse, descend sur le côté externe de la jambe et se perd sur le tiers inférieur de celle-ci en un réseau de petites veines variqueuses.

Ce gros tronc veineux dilaté donne au palper une sensation de mollesse très marquée et le doigt s'enfonce comme en un sillon profond.

Sur la face interne du membre il n'y a rien d'anormal.

Sur le tiers inférieur de la jambe et sur le pied existe un véritable réseau variqueux, marqué surtout sur la face externe et

cou-de-pied. La plante du pied est également violacée. Cette coloration lie-de-vin s'efface à la pression pour réapparaître instantanément.

Par l'expression, on peut vider entièrement le réseau variqueux de son sang, en même temps que s'efface la coloration anormale.

L'articulation du genou paraît gonflée et augmentée de volume. En réalité, seuls les téguments sont épaissis et un peu spongieux. Cet aspect spongieux est surtout marqué au niveau du tiers inférieur de la jambe. La cuisse du côté malade est du même volume que du côté sain. Le mollet droit (côté malade) mesure 23 centimètres contre 34 à gauche.

La sensibilité et la motilité sont intactes. La température du membre paraît la même que celle du côté opposé.

Il n'y a rien autre chose d'anormal à signaler chez cette jeune fille qui fut réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans. Elle le fut depuis toujours avec un peu de retard, de façon peu abondante, quelquefois avec des douleurs. Il lui semble qu'au moment de ses règles les douleurs de la jambe sont plus violentes ».

OBSERVATION XIV

BRAU-TARIE 1912

Jeune garçon de 11 ans, Louis D..., venu à la consultation de l'hôpital des enfants en Juin 1911.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, 45 ans, sujet à des crises d'entérite muco-membraneuse. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis, ni varices des membres, ni hémorroïdes, mais varicocèle droit assez volumineux. Grand père paternel mort de maladie de cœur. Mère vivante, 35 ans, bien portante. Son membre inférieur gauche présente des varices assez volumineuses ; sur

la face interne des cuisses, gros paquets variqueux. Les varices dateraient de son dernier accouchement.

Deux frères vivants bien portants, sans varices.

Antécédents personnels. -- Né à terme, grossesse et accouchement normaux, nourri au sein maternel jusqu'à 1 an. A marché à 14 mois. Varicelle légère à l'âge de trois ans.

Histoire de la maladie. — Au moment de la naissance, on s'aperçut que l'enfant portait la tâche cutanée que l'on peut voir encore sur la face antérieure de la cuisse gauche. Cependant elle paraissait proportionnellement plus petite. A ce moment, on ne vit pas de dilatation veineuse et on ne s'en préoccupa pas davantage. C'est quand il eut atteint l'âge de 8 ans que la mère s'aperçut une fois en le déshabillant de l'existence de « deux grosseurs » siégeant à la face externe de la jambe gauche ; l'une vers le tiers supérieur, l'autre vers le tiers moyen. L'enfant ne souffrait pas, ne se plaignait de rien ; la marche ne se trouvait nullement gênée ; cependant la mère fit venir un médecin qui s'écria aussitôt : « Oh les belles varices ! Je n'en ai jamais vu de telles ! » Il est donc probable qu'à ce moment il devait y avoir autre chose que deux grosseurs et que la circulation veineuse devait être largement développée. Cela nous ferait volontiers supposer que les varices existaient avant l'âge de 8 ans. On prescrivit l'hamamelis, on fit porter à l'enfant des bandes de crêpe Velpeau. Malgré tout les veines continuèrent à augmenter, si bien que, souffrant de plus en plus, le malade est amené au mois de juin 1911 à la consultation du professeur Denucé.

Pour son âge l'enfant est bien développé, sa taille est élevée il est de corpulence moyenne et assez robuste. Quant on examine ses membres inférieurs on est immédiatement frappé de leur dissemblance. Le membre inférieur droit est normal. Par contre le membre gauche paraît difforme, diminué de volume, sillonné de trainées bleuâtres. Dans la position assise et au re-

pos les veines ne paraissent pas aussi saillantes et le membre ne diffère pas beaucoup de celui du côté opposé. On voit simplement deux choses : l'angiome, sur lequel nous reviendrons, et des trainées bleuâtres situées plus spécialement à la face externe de la cuisse, de la jambe et du cou-de-pied.

Si nous faisons tenir l'enfant debout quelques instants toutes les veines se gonflent immédiatement et nous pouvons passer alors à un examen plus approfondi.

Ce qui nous frappe d'abord, c'est la difformité du membre ; nous trouvons plusieurs saillies échelonnées sur la longueur et qui contribuent à lui donner sa physionomie spéciale. Sur la face dorsale et un peu du côté externe du pied se trouve une sorte de tuméfaction du volume d'une grosse noix, non franchement délimitée, molle, s'effaçant sous la pression du doigt, disparaissant par l'élévation du membre, entièrement mate, et ne s'accompagnant à l'auscultation d'aucun bruit particulier. C'est à cet endroit surtout que l'enfant souffre lorsqu'il est debout depuis un moment.

A la région malléolaire externe, on trouve une autre saillie ressemblant en tous points à la première. Sur la face externe de la jambe au niveau des deux « grosseurs » signalées par la mère, on tombe sur deux autres tuméfactions entièrement semblables aux précédentes.

A partir de ce niveau on peut suivre de l'œil une grosse veine de l'épaisseur d'un crayon qui remonte le long de la face externe de la jambe au genou et vient se perdre un peu au-dessus de la tache cutanée ; le doigt sent sur toute la longueur un sillon très net assez profond, une sorte de rigole.

Sur la face externe du genou, au niveau du condyle externe, nous constatons une autre tuméfaction plus étendue que les précédentes et avec les mêmes caractères et absolument indolore. Elle se continue par un élargissement de la rigole, déjà décrite, qui mesure alors deux travers de doigt. Le reste du

membre est couvert de varicosités, principalement sur la face externe. L'ampoule du triangle de Scarpa n'est pas perceptible. Rien de ce côté. Ajoutons que la face interne de la cuisse paraît indemne de varices ainsi que la paroi abdominale.

Le système veineux ne nous a pas paru dilaté en d'autres points de l'organisme.

Sur la face antérieure et inférieure de la cuisse, on voit une tache cutanée couleur lie-de-vin, irrégulière, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans d'une longueur de 4 centimètres. Elle s'efface en partie à la pression et se gonfle surtout par la position debout. A sa partie inférieure, se trouve un point gros comme une tête d'épingle noirâtre. A l'état de repos et dans la position horizontale on peut voir des veinosités couurant au-dessous de la tache. Il n'y a jamais eu d'hémorragie à ce niveau.

Le membre présente de l'œdème seulement le soir. Lorsque l'enfant s'est tenu longtemps debout et qu'il est fatigué, il souffre d'élançements dans le pied ; la marche s'en trouve gênée ; seulement il ne boîte pas, il se contente de traîner la jambe. De plus il lui semble qu'il ne peut pas plier le genou.

La mensuration comparée des deux membres a donné des résultats identiques pour le membre droit et le membre gauche, sauf à la racine de la cuisse où l'on a trouvé 42 centimètres à droite et 37,5 à gauche.

On voit donc que le membre malade au lieu d'être hypertrophié, a subi un certain degré d'atrophie. Les masses musculaires seules sont moindres ; la radiographie a montré les os de volume semblable. Comme longueur pas de différence avec le côté opposé.

La sensibilité au contact, à la température, à la douleur est normale.

La force musculaire paraît un peu diminuée dans le membre atteint.

Du côté des divers appareils nous n'avons noté aucune modification si ce n'est pour l'appareil cardio-vasculaire. Le pouls

radial donne en décubitus dorsal 72 pulsations à la minute, en position assise 88, et après une marche modérée 108.

Dédoublement du 2^e bruit à l'orifice pulmonaire. Pas de frémissement cataire, pas de souffle. Quelques irrégularités du rythme.

En palpant soigneusement l'abdomen, nous n'avons pu déceler rien de suspect, pas de tumeur pouvant faire songer à une gêne circulatoire du système cave inférieur ; pas d'ascite ».

Nous croyons devoir publier encore, mais en les mettant nettement à part de nos autres observations deux des cinq cas rapportés par Bennet sous le titre « Congénital sacculations and cystic dilatations of veins » en 1890.

I. Un garçon boucher affecté d'une phlébite traumatique au niveau d'une tumeur veineuse sacciforme recouvrant le saphène interne.

Croyant à un phlegmon, on incisa la tumeur et sa véritable nature fut alors reconnue. Tache nœvique à la poitrine.

II. Tumeur analogue à la partie interne de la cuisse et communiquant avec la veine par un processus pedonculaire, le cas fut aussi reconnu comme tel après l'incision de ce qu'on crut être un abcès.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX

Symptômes et Evolution

Nous allons maintenant essayer de dégager quelques vues d'ensemble de l'étude de ces observations et nous nous proposons d'atténuer ce qu'elles peuvent avoir, ainsi accumulées, de touffu et de disparate, en les rapprochant les unes des autres par un certain nombre de caractères qui leur sont communs.

En elles-mêmes, les varices congénitales n'offrent aucun caractère particulier et ne diffèrent en rien des varices banales comme aspect. Nous avons vu en parcourant nos observations que leur siège était essentiellement variable : elles occupent tantôt la face externe, tantôt la face interne du membre, mais elles sont le plus souvent localisées à une seule de ces faces. Dans nombre de cas, nous les voyons couvrir le dos du pied pour se terminer à la naissance des orteils. Quelquefois elles recouvrent une partie de l'abdomen ; il peut y en avoir au scrotum ou à la vulve.

Les varices congénitales sont généralement unilaté-

rales et la grande majorité de nos observations rapportent des cas où un seul membre est atteint ; et à ce sujet un autre caractère assez curieux et difficilement explicable mérite d'être noté : c'est une certaine *prédilection pour le côté droit* du corps de ces varices congénitales, et en effet dans les deux tiers de nos observations elles occupent le membre inférieur droit. Il est d'ailleurs intéressant de rappeler à ce sujet que dans nombre de cas d'atrésie de la veine cave inférieure on constate une prédominance des varices du côté droit. Deux de nos observations, celles de Turner et de Jean-selme, nous présentent des malades porteurs de varices aux deux membres inférieurs, ces varices, légères au membre gauche, prenant au membre droit une importance énorme. Il est bien probable que si une étude anatomo-pathologique avait pu être faite, des lésions présentées par ces malades, elle aurait révélé là aussi un rétrécissement de la veine cave inférieure. Nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs la lacune que creuse dans ce travail l'absence de tout examen anatomo-pathologique.

Un des caractères marquants des varices congénitales est la coïncidence fréquente avec d'autres troubles de l'appareil vasculaire ; nous avons déjà trop insisté sur leurs rapports avec les *angiomes* dans la discussion de notre observation pour avoir à y revenir encore ici.

Dans un seul cas (observation Morestin) nous voyons un *œdème lymphatique* les accompagner.

Une autre observation, celle de Gangolphe, présente

un caractère particulier et unique dans la série de nos observations ; elle présente, malheureusement trop brièvement, un malade chez lequel les varices congénitales s'associent à des *dystrophies osseuses*. « Dans ce membre qui présente l'aspect d'une éponge veineuse le squelette est augmenté de volume en longueur et en largeur. Il y a un allongement réel de plusieurs centimètres. » C'est la seule de nos observations qui rapporte un fait semblable. Sans doute dans la plupart des autres il n'en est même pas question ; il nous est donc impossible de savoir si l'hypertrophie du squelette y a été recherchée par leurs auteurs et on pourrait admettre que ce signe leur ait échappé ou du moins n'ait pas retenu spécialement leur attention. Mais dans les observations de Mlle Champendal, Kirmisso, de Codet-Boisse, de Brau-Tapie et de nous-mêmes les dystrophies osseuses ont été recherchées par la mensuration ou même par la radiographie et le résultat de ces examens a toujours été négatif.

Nous pouvons donc considérer comme assez rares les cas de varices congénitales du membre inférieur qui s'accompagnent de dystrophies osseuses, puisqu'au cours de notre étude nous n'en rencontrons qu'un cas sur quinze observations.

Or Mlle Champendal arrive au contraire à cette conclusion que la coïncidence des varices congénitales avec les atrophies ou les hypertrophies des membres est fréquente et en effet dans sa thèse elle en rapporte cinq observations, celle de Gangolphe que nous venons de

citer, et quatre autres concernant les membres supérieurs : une de Lamorier, citée par Nélaton dans sa thèse d'agrégation et trois tirées de la thèse de Palmgren (1889). A la société médicale des hôpitaux de Paris en Février 1924. MM. Lereboullet et Petit en ont aussi présenté un cas d'autant plus intéressant que des radiographies y montrent très nettement les déformations et l'amincissement des os de l'avant-bras du malade. Il faut donc admettre d'après cette courte statistique que les dystrophies osseuses accompagnent plus fréquemment les varices congénitales des membres supérieurs que les varices congénitales des membres inférieurs ; c'est un fait que nous constatons mais dont nous serions en peine de fournir quelque explication.

Pourtant nous serions incomplets si nous négligions dans cette discussion du cas de Gangolphe toute une catégorie de cas qui lui sont presque superposables et qui sont caractérisés en effet par l'association de trois symptômes : l'hypertrophie du squelette, des nævi et des varices.

Une étude de Trélat et Monod, publiée par les archives de Médecine en 1867 nous en offre six cas empruntés à Chassaignac, Devouzes, Adams, Monod et Friedberg ; et Duzea qui en publia quelques cas dans sa thèse de Lyon en 1886 est d'accord avec ces auteurs pour expliquer cette symptomatologie par un « trouble vaso-moteur d'origine centrale qui produirait dans le côté correspondant du corps une hypercirculation sanguine, laquelle aurait à son tour pour effet l'hypertrophie osseuse et les autres troubles trophiques. »

L'étude de ces cas a d'ailleurs été reprise par Klippel et Trénaunay, qui les ont isolés et bien décrits sous le nom de « *nœvus variqueux ostéo-hypertrophique* » en 1900.

Et depuis des cas semblables ont été présentés à la Société Médicale des Hôpitaux par Apert, Danlos et Flandin en mai 1909, à la société de Pédiatrie par Ch. Leroux et Raoul Labbé en mars 1910, par Lance en juin 1921 et par Babonneix et Lance en novembre 1924.

D'après Klippel et Trenaunay le nœvus variqueux ostéo-hypertrophique serait caractérisé : 1° par un nœvus vasculaire plan ; 2° une hypertrophie du membre portant sur les parties molles et sur le squelette ; 3° des dilatations variqueuses des veines, exclusivement localisées du côté malade et datant de l'enfance sinon de la naissance.

Voici le caractère qui différencie nettement ce syndrome, de celui que présente le malade de Gangolphe : dans les observations rapportées par Klippel et Trénaunay les varices n'apparaissent que comme un signe de seconde zone et surtout leur congénitalité n'est pas nettement établie : « elles apparaissent dans le jeune âge ». Au contraire le malade de Gangolphe a avant tout d'énormes varices, et ces varices sont congénitales.

Ces auteurs, d'autre part, critiquent l'interprétation pathogénique que Trélat et Monod donnent de ces symptômes : « L'angiome disent-ils, est une lésion exubérante d'origine inflammatoire et l'infection qui l'a produite ne s'est pas localisée sur les vaisseaux ; elle a

gagné les tissus voisins et par le même mécanisme a produit les autres troubles qui constituent le syndrome du *nœvus variqueux-ostéo hypertrophique*...

Tous ces troubles sont en définitive le résultat d'une même maladie locale infectieuse agissant pendant la vie embryonnaire et dont les effets se poursuivent après la naissance ».

Cette théorie ne saurait être admise sans réserves et Apert, Danlos et Flandin notamment se rallient à celle de Trélat et Monod dans les termes suivants : « Il paraît difficile de ne pas partager l'opinion de Trélat et Monod qui admettent que « le système vasculaire est avant tout en cause jusque dans ses ramifications les plus déliées » et qui considèrent les dilatations vasculaires « comme offrant un réel intérêt pathogénique ». Le mécanisme de l'hypertrophie du membre paraît analogue à celui de l'augmentation de volume qui peut venir chez les jeunes sujets à la suite d'un anévrisme artério-veineux ».

Ajoutons à cette argumentation les observations faites par Reclus à propos de varices banales et d'après lesquelles dans un membre variqueux dont les épiphyses ne sont pas encore soudées, l'os peut s'accroître en longueur et l'emporter sur son congénère de deux à trois centimètres.

Ces faits sont bien démonstratifs et c'est sur eux que nous nous appuyons pour tirer du cas de Gangolphe les conclusions suivantes : Malgré le peu de renseignements dont il s'entoure nous ne croyons pas devoir le faire

entrer dans l'ordre des « nœvi variqueux ostéo-hypertrophiques » dont il diffère par la prédominance manifeste de l'élément variqueux et par la congénitalité bien établie de ses varices. Et nous considérons d'autre part l'hypertrophie du squelette comme résultant des varices par le mécanisme de la stase sanguine qui eut une action d'hypernutrition sur le membre en voie de formation.

Nous avons recherché d'autre part si l'on pouvait invoquer un *facteur héréditaire* dans la production de nos varices : dans quatre cas, nous avons retrouvé des varices chez de jeunes collatéraux du malade, dans les autres observations les antécédents héréditaires n'ont pas été recherchés ou bien cette recherche n'a donné aucun résultat. Nulle part ne sont rapportés d'autres troubles du développement.

Enfin, l'évolution de la maladie semble se faire selon des règles bien précises et rarement mises en défaut. Il est constant que les varices congénitales de l'enfant n'apparaissent que comme une curiosité pendant les premières années de la vie et ne donnent naissance à ce moment à aucune gêne fonctionnelle ni à aucun phénomène douloureux. C'est presque toujours de 8 à 12 ans, que les varices grossissent et s'étendent, que les tumeurs veineuses prennent un volume considérable et que s'installe une impotence fonctionnelle du membre plus ou moins marquée. A cette époque apparaissent aussi l'œdème et les douleurs, souvent à prédominance nocturne. « Cette marche envahissante des lésions à

partir de la puberté et même quelquefois avant » avait déjà été notée d'ailleurs par Mlle Champendal.

Le malade de Derville a présenté une évolution un peu particulière mais très intéressante en ce sens que chez lui l'obstacle à la circulation veineuse devait siéger au-dessus de l'embouchure des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure. Il a eu en effet entre 4 et 7 ans la plupart des symptômes d'une obstruction de la veine Porte, et ces symptômes ont disparu vers 7 ans, sa circulation collatérale abdominale ayant subi à ce moment un accroissement considérable.

La plupart de nos observations concernent des sujets jeunes et nous sommes sans renseignements sur ce que devinrent leurs lésions par la suite. Mais si nous en jugeons d'après les quelques-unes qui concernent des sujets plus âgés nous ne pouvons que porter un *pronostic* général assez défavorable ; tous ces enfants porteurs de varices congénitales sont voués assez jeunes à une impotence fonctionnelle très accusée, sans préjudice des complications possibles.

PATHOGÉNIE

Le fait qu'aucune de nos observations ne comporte d'étude anatomo-pathologique, ne nous permet de formuler que des hypothèses pathogéniques : pourtant, tout en nous défendant de vouloir apporter ici aucune affirmation, ni malheureusement aucun éclaircissement nouveau, nous allons étudier les deux applications pathogéniques qui nous paraissent vraisemblables.

D'abord, il est bien probable que dans nombre de cas, ces varices sont imputables à un rétrécissement ou à une oblitération des troncs veineux ; ce rétrécissement ou cette oblitération relevant soit d'une agénésie, soit d'un développement incomplet de ces vaisseaux. Mais si l'on compare ces malformations du système veineux aux malformations et aux anomalies du cœur, on peut être tenté de faire remonter les unes et les autres à une même cause, et l'on sait que ce sont des endocardites fœtales qui commandent les malformations du cœur ; les rétrécissements des troncs veineux pourraient donc être acquis et dus alors à des endophlébites fœtales d'origine toxi-infectieuse.

Nous ne signalons la possibilité d'une compression des troncs veineux, que pour faire remarquer que dans aucune de nos observations rien ne peut faire penser à une telle pathogénie.

Une seconde hypothèse fut formulée par M. Bauby et reprise par Mlle Champendel. Elle attribue une même pathogénie aux varices congénitales qu'aux varices de l'adulte. On invoque en effet chez l'adulte une cause essentielle : « l'état morbide des parois veineuses ». Pourquoi cette cause ne se retrouverait-elle pas aussi chez le fœtus, tenant comme chez l'adulte à un état diathésique ou à une intoxication d'origine maternelle. Et d'autre part, si l'on recherche quelles causes mécaniques peuvent localiser en un point cette lésion générale chez le fœtus, comme le font les fatigues de la marche et de la station verticale chez l'adulte, pourquoi chez le fœtus ne mettrait-on pas en cause la compression, peut-être compression par l'utérus lui-même, en tout cas compression traumatique par le corset, par la position du corps chez les femmes qui travaillent aux champs où à la couture ? (Bauby). Cette hypothèse est assez séduisante et il est curieux de remarquer que dans ce cas la partie du fœtus la plus exposée serait le côté droit dans les positions gauches, les plus fréquentes ; n'avons-nous pas fait ressortir plus haut la prédilection que les varices congénitales marquaient pour le côté droit du corps.

TRAITEMENT

Les divers traitements médicaux n'ont jamais eu, chez aucun de ces malades, une action efficace : aussi bien l'hamamelis que le chlorure de calcium, l'ergotine que le marron d'Inde. Seuls le repos et l'application de bandes Velpeau semblent avoir eu parfois une action palliative, mais salutaire, en ce sens qu'elles semblent bien avoir retardé quelque peu l'évolution des varices chez les malades qui en ont usé systématiquement.

Chez aucun des malades dont nous publions les observations, il n'a été pratiqué d'injections intra-variqueuses sclérosantes de salicylate de soude ou de carbonate de soude ; peut être dans quelques cas, ces injections eussent-elles pu trouver leurs indications.

Chez notre jeune malade, nous ne croyons pas que cette méthode soit facilement applicable et d'ailleurs ses varices ne sont pas encore très volumineuses, et ne sont cause, nous l'avons déjà dit, d'aucun trouble fonctionnel ni douloureux.

Le traitement chirurgical lorsqu'il est dirigé contre

les varices elles-mêmes ne paraît pas devoir donner de meilleurs résultats : l'exérèse des troncs veineux dilatés chez le malade de Morestin n'a été suivie d'aucune amélioration.

Par contre nous disposons de moyens d'action très efficaces contre les angiomes qui accompagnent les varices congénitales : L'intervention chirurgicale, l'électrolyse, l'électropuncture ou simplement l'ignipuncture ont donné de très beaux succès. Enfin, il y aurait peut-être lieu d'utiliser aussi contre eux la radiumthérapie.

En résumé, nous sommes assez désarmés en face des varices congénitales et leur marche envahissante au moment de la puberté semble bien échapper à notre action : notre attitude doit donc être d'expectation, sauf dans les quelques cas où un incident d'évolution appelle notre intervention thérapeutique.

CONCLUSIONS

1° Les varices congénitales des membres inférieurs, quoique rares, s'observent cependant avec une fréquence à peu près égale à celles des membres supérieurs.

2° Elles ne semblent pas, sauf très rares exceptions, s'accompagner de dystrophies osseuses, alors que celles-ci sont relativement fréquentes dans les varices congénitales des membres supérieurs.

3° Elles paraissent s'accompagner volontiers sur certains points de leur parcours d'angiomes susceptibles d'évolution progressive, sans que ces angiomes puissent être considérés comme la lésion initiale ; dans le cas que nous rapportons leur apparition secondaire n'est pas douteuse.

4° Ces varices sont communément latentes dans le jeune âge et les troubles fonctionnels et douloureux n'apparaissent qu'au moment de la puberté ou un peu avant.

5° Il n'y a pas de traitement spécial à leur opposer, réserve faite du traitement direct des angiomes, le plus souvent par électrolyse ou par ignipuncture.

Vu :

Le Président de Thèse,

NOBÉCOURT.

Vu :

Le Doyen,

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

BAUBY. — Angiome diffus de la face et de toute la moitié droite du corps.

Echo médical de Toulouse 1900.

BENNET. — Congénital sacculations and cystic dilatations of veins. Lancet, London 1890.

BESSON. — Varices du membre supérieur. Thèse de Paris 1919.

BRAU-TAPIE. — Archives générales de chirurgie de Paris 25 janvier 1914.

CAVASSE. — Bulletin de la société anatomique 1897.

Mlle CHAMPENDAL. — Thèse de Genève 1900.

CODET-BOISSE. — Journal de médecine de Bordeaux 27 octobre 1912.

CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique.

DELBET. — Angiomes (Le Dentu et Delbet, traité de chirurgie).

DERVILLE. — Varices considérables du système veineux inférieur. Journal des Sciences médicales de Lille 1891.

DUZE. — Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels. Thèse de Lyon 1886.

FOURNOT. — Thèse de Paris 1873.

GANGOLPHE. — Presse Médicale, juillet 1898.

